

показників мозкової перфузії різного ступеня вираженості на боці ушкодженої артерії. Так, реєструвались підвищення CBV, MTT та TTP, зниження CBF на стороні стенозу/оклюзії ВСА (>70%) зі статистично достовірними змінами в басейнах середньої (СМА) та передньої (ПМА) мозкових артерій. У випадках двостороннього ураження зміни показників ПМСКТ відмічались з обох сторін. Після проведення ревазуляризованих втручань реєстрували поліпшення показників ПМСКТ у вигляді зниження CBV, MTT та TTP, підвищення CBF на стороні ураження та тенденції до їх міжпівкульного вирівнювання ($p < 0,05$).

Висновки. ПМСКТ головного мозку може бути використана на доопераційному етапі при відборі пацієнтів для хірургічної корекції та в оцінці результатів оперативного втручання при ХІ у пацієнтів із патологією БЦА.

МОЖЛИВОСТІ МРТ У ДІАГНОСТИЦІ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ

Головко Т.С., Коровіна А.С., Смакова М.С.
Національний інститут раку, м. Київ, Україна

Мета дослідження — визначення ефективності МРТ в уточненні діагностики раку шийки матки шляхом первинного обстеження пацієнтів та перебігу захворювання.

Матеріали та методи. Проведена МРТ 76 пац. з установленням діагнозом «аденокарцинома шийки матки». Був попередньо проведений курс променевої хіміотерапії та контрольна МРТ для виявлення динаміки процесу. Прооперованим 25 пац. з метою виявлення перебігу захворювання проведено контрольну МРТ. 13 пацієнтам в оперативному втручанні було відмовлено, через фізичний стан або неможливість видалення пухлини.

Результати. Діагноз «аденокарцинома» верифікований морфологічно у 76 пацієнтів, при кольпоскопії з подальшим морфологічним підтвердженням. У 76 (100%) пац. спостерігалось нерівномірне потовщення стінок шийки матки; у 19 (25%) пац. ознак порушення цілісності поверхневого шару та інвазії жирової клітковини не відмічалося; у 15 (20%) пац. пухлина поширювалась тільки на парацервікальну жирову клітковину; у 48 (55%) пац. відмічалась інвазія органів малої миски. З 76 (100%) пац. у 38 (50%) пац. виявлено метастазування в регіонарні лімфатичні вузли та в кістки таза.

Висновки. МРТ є високоінформативним методом променевої діагностики у визначенні поширення раку шийки матки та оцінки ефективності проведеного лікування.

АПЛІКАЦІЙНИЙ МЕТОД БРАХІТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ

НЕМЕЛАНОМНОГО РАКУ ШКІРИ

Гороть І.В.^{1,2}, Козак О.В.², Ткаченко М.М.¹,
Ременник О.І.²

¹Національний медичний університет

імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

²КЗ КОР «Київський обласний онкологічний диспансер», м. Київ, Україна

Вступ. Немеланомний рак шкіри (НМРШ) — це одне з найпоширеніших онкологічних захворювань, до якого належить базальноклітинний і плоскоклі-

тинний рак шкіри. Згідно з даними Національного канцер-реєстру, щороку реєструється понад 20 тисяч нових випадків захворюваності на НМРШ. На 2015 рік НМРШ посідає перше місце в структурі онкологічної захворюваності серед чоловіків і друге місце серед жінок після раку грудної залози. До того ж, частота виникнення НМРШ щороку невпинно зростає як в Україні, так і у світі, що відповідає загальному приросту онкопатології. Незважаючи на рідкісне метастазування, НМРШ може призводити до суттєвої локальної деструкції тканин поряд із залученням у патологічний процес значних відділів м'яких тканин, а також хрящів і кісток, що призводить до спотворення вигляду. Своєчасно встановлений діагноз злоякісного захворювання вважається на стадії T1-2, N0, M0, коли є можливість проведення радикального лікування. Променева терапія НМРШ пройшла шлях від застосування близькофокусної рентгенотерапії до нового методу лікування — брахітерапії, контактному методу променевої терапії, при якому джерело випромінювання розміщується безпосередньо на або в самому пухлинному вогнищі.

Мета роботи — провести оцінку ефективності лікування локальних стадій НМРШ шляхом застосування аплікаційного методу HDR-брахітерапії за радикальною програмою.

Матеріали та методи. У відділенні променевої терапії КЗ КОР «Київський обласний онкологічний диспансер» проведено лікування 49 пацієнтів із локальними стадіями НМРШ: базальноклітинний — 30 (61%) пацієнтів, плоскоклітинний — 18 (37%), хвороба Боуена — 1 (2%). Діагноз встановлювався на підставі проведеного гістологічного дослідження первинного вогнища і додаткових методів обстеження (УЗД регіонарних лімфатичних вузлів, черевної порожнини, рентгенографії грудної порожнини, КТ за показаннями). Згідно з Міжнародною класифікацією у пацієнтів були встановлені стадії TisN0M0 — 1 (2%), T1N0M0 — 38 (77,6%), T2N0M0 — 10 (20,4%). Первинне пухлинне вогнище локалізувалося на носі у 19 пацієнтів, щоці — 11, лобі — 7, волосяній частині голови — 5, ділянці вуха — 4, губі — 3. Всі пацієнти опромінювалися на апараті контактної радіотерапії MicroSelectron, який оснащений інкапсульованим радіоактивним джерелом ¹⁹²Ir високої потужності дози (HDR). Залежно від стадії захворювання і локалізації пухлинного вогнища для опромінення вибирали оптимальну кількість інтерстатів та підводили дозу шляхом аплікаційної брахітерапії. Розміщення інтерстатів оптимізували відповідно до розмірів первинного пухлинного вогнища з додатковими 0,3-0,5 см відносно до видимої межі пухлини. Разові осередкові дози становили 6 Гр, число фракцій — 6 за весь період лікування при щоденному опроміненні. Точка нормування знаходилася на глибині 3-5 мм від поверхні шкіри. Типометричну підготовку здійснювали під 3D КТ-контролем, а індивідуальне планування лікувального процесу — за допомогою програмного забезпечення Oncentra 3.1. Контроль результатів лікування проводили щомісячно перші 4 міс., далі — 1 раз на квартал (пацієнти проходили огляд у променевого терапевта, УЗД регіонарних лімфатичних вузлів та інші методи обстеження за необхідності). Пацієнти спостерігалися протягом 1-4 років після закінчення курсу брахітерапії.

Результати. Протягом перших 2-3 тижнів після завершення повного курсу аплікаційної брахітерапії сумарною осередковою дозою 36 Гр при щоденному опроміненні разовою осередковою дозою 6 Гр у всіх пацієнтів спостерігалися місцеві променеві реакції I-II ступеня у вигляді тимчасового набряку і гіперемії оточуючих здорових тканин, до яких підводилася 60-80% ізодоза від зазначеної загальної дози згідно з рекомендаціями. З 3-4-го тижня після закінчення лікування променеві реакції вщухали, а на місці опромінення утворювалася кірка, під якою формувалася нова молода тканина. Через 3 місяці після проходження курсу опромінення у всіх пацієнтів спостерігали повний регрес пухлинного вогнища.

Висновок. Застосування аплікаційного методу HDR брахітерапії в режимі опромінення 36 Гр за 6 фракцій є ефективним при лікуванні локальних стадій немеланомного раку шкіри шляхом індивідуального 3D-планування і КТ-симуляції. Завдяки вчасно встановленому діагнозу і радикально проведеному лікуванню спостерігається повний регрес пухлинного вогнища без видимих косметологічних дефектів.

САРКОЇДОЗ ЛЕГЕНЬ: ТРУДНОЩІ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ

Гураль О.А.¹, Милан Ю.П.², Рак Л.М.²

¹КУ ЛОР Львівський регіональний

фтизіопульмонологічний клінічний лікувально-діагностичний центр, м. Львів

²Львівський державний онкологічний регіональний лікувально-діагностичний центр, м. Львів, Україна

Вступ. Саркоїдоз (хвороба Беньє-Бека-Шаумана) – це системне захворювання, яке найчастіше уражує осіб молодого віку та характеризується утворенням неказеозних епітеліоїдноклітинних гранулом, які можуть локалізуватися у різних органах та системах, що зумовлює варіабельність клінічної маніфестації даної нозології. Незважаючи на це, легенева форма саркоїдозу з ураженням внутрішньо грудних лімфатичних вузлів на практиці спостерігається більш ніж у 90% випадків та на рентгенограмах і зображеннях КТ найчастіше відповідає картині вогнищевої дисемінації.

Мета дослідження — на основі випадків із практики (оцінки клінічних та лабораторних даних, аналізу змін на рентгенограмах та зображеннях КТ) розглянути, що оцінити цінність основних критеріїв діагностики та сформулювати диференційно-діагностичний підхід.

Матеріали та методи. Для формування критеріїв диференційної діагностики використовувалися практичні випадки – 28 пацієнтів, які надходили з попереднім діагнозом «саркоїдоз органів дихання», дані літератури, результати обстежень закордонних колег, оцінка результатів рентгенографії та КТ для визначення стадії захворювання на основі рентгенологічних критеріїв діагностики.

Результати дослідження та їх обговорення. Із загальної кількості пацієнтів з підтвердженим діагнозом саркоїдозу у 6 (21,4%) була встановлена I стадія захворювання, у 10 (35,7%) – II стадія, у 10 (35,7%) пацієнтів III стадія та у 2 (7,1%) пацієнтів – IV стадія.

У 5 випадках діагноз саркоїдозу був підтверджений лабораторно-інструментальними методами та гістологічно. 4 випадки саркоїдозу встановлено на підставі лише лабораторно-інструментальних методів. У 19 випадках встановлення діагнозу базувалося на клінічних та рентгенологічних даних.

Усім пацієнтам після встановлення діагнозу призначено гормональну терапію, на тлі якої була клінічна та рентгенологічна позитивна динаміка.

При оцінці рентгенограм та комп'ютерних томограм першочергово оцінювали стан органів грудної клітки – наявність/відсутність внутрішньогрудної лімфаденопатії та зміни в легеневій паренхімі. Враховувалися: 1) локалізація та характер поширення змін; 2) типи патернів; 3) рівномірність/нерівномірність та симетричність процесу; 4) поліморфізм вогнищ та схильність до злиття; 5) наявність у легеневій паренхімі фіброзних та деструктивних змін; 6) динаміка процесу на тлі гормональної терапії.

Перша стадія саркоїдозу проявляється двосторонньою лімфаденопатією.

Для саркоїдозу в другій стадії характерне лімфогенне поширення процесу в легеневу тканину з подальшою симетричною дисемінацією, формуванням різнокаліберних вогнищ, наявністю збільшених бронхопульмональних і медіастинальних лімфатичних вузлів та відсутністю деструкцій.

Третя стадія характеризується змінами лише паренхіми легень, які на тлі гормонального лікування можуть регресувати або зазнати фіброзної трансформації, характерної вже для четвертої стадії саркоїдозу.

Висновки. Рентгенографія та СКТ як додатковий метод у важких діагностичних випадках залишаються найважливішими в диференційній діагностиці саркоїдозу. Лабораторна діагностика за нетипової рентгенологічної та/або КТ-картини дозволяє підтвердити попередній діагноз саркоїдозу.

Гістологічне підтвердження діагнозу важливе при проведенні диференційної діагностики з іншими інтерстиційними захворюваннями, а іноді з високодиференційованою аденокарциномою чи лімфомою.

РІЗНІ РФП У РАДІОНУКЛІДНІЙ ТЕРАПІЇ МІТАСТАТИЧНОГО УРАЖЕННЯ КІСТОК

Даниленко В.В., Солодянникова О.І.,

Саган Д.Л., Сукач Г.Г.

Національний інститут раку, м. Київ, Україна

Вступ. Попри широке використання бісфосфонатів, таргетних та гормональних препаратів, лікування на стадії кісткового метастазування і далі залишається складною в багатьох відношеннях проблемою. Радіонуклідна терапія досить широко застосовується в розвинених країнах при лікуванні множинних кісткових метастазів як терапія «останньої лінії».

Матеріали та методи. Для аналізу знеболюючого впливу різних РФП при метастатичному ураженні кісток у нашій роботі ми використовували шкалу оцінки інтенсивності болю (ЛАКОМЕД). Радіонуклідна терапія проводилась відповідно до стандартизованих протоколів лікування РФП у відкритому вигляді (Nuclear Medicine Resources Manual, 2006). Серед пролікованих хворих 58 з РГЗ, 30 – з РПЗ, 6 – із раком легень, 4 – з раком нирки, 1 – із раком шийки матки і 1 – із раком ректосигмоїдального кута товстого